37e Année. — N° 45. Vendredi 7 Novembre 1890.

LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris : L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques. — **Clinique médicale** : Accidents infectieux, terminés par la mort, à la période secondaire de la syphilis, par M. Paul Tissier. — **Bibliographie** : Des agents pathogènes de la suppuration dans la fièvre typhoïde, par le Dr Marius Michon. — **Académie des sciences** : *Séance du 27 octobre* 1890. — Présidence de M. Hermite. — Les artères et les veines des nerfs. — Sur les changements de couleur chez la grenouille commune. — Sur l'autonomie chez la sauterelle et le lézard. — *Séance du 3 novembre.* — Présidence de M. Hermite. — Note sur les rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos, pour servir à l'étude des associations microbiennes purulentes. — **Académie de médecine** : *Séance du 4 novembre* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Correspondance. — Protection de l'enfance. — Laparotomie exploratrice et fistule biliaire. — Rapports de prix. — **Société de chirurgie** : *Séance du 30 octobre* 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Electricité. Castration ovarienne et hystérectomie. — Laparotomie pour coup de feu en pleine péritonite suppurée. — Guérison. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 30 octobre* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier. — Du salol. — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — **Société Clinique de Paris** : *Séance du 22 mai* 1890. — Présidence de M. Paul Berger. — **Nouvelles**. — **Nécrologie**.

Paris, le 6 novembre 1890.

L'impôt sur les spécialités pharmaceutiques.

Le projet d'impôt sur les spécialités pharmaceutiques, dont nous avons déjà longuement entretenu nos lecteurs dans nos deux précédents numéros, a provoqué, non sans raison, une agitation qui n'est pas près de s'éteindre. Après la phase obligatoire des articles de journaux, dont il serait déjà difficile d'évaluer le nombre, les intéressés sont entrés dans une phase nouvelle. Hier deux des leurs, MM. Ferret et Bertaut, président et vice-président de leur syndicat, ont été reçus au ministère du commerce, où, en l'absence du ministre, M. Jules Roche, le chef du cabinet, M. Favelle, leur a distribué à profusion cette eau bénite de cour sur laquelle il est regrettable de ne pas voir porter la taxe, car son débit est aussi considérable sous la République que sous n'importe quelle monarchie. La bienveillance du ministre, dit M. Favelle, est acquise aux pharmaciens, son concours ne leur manquera certainement pas, mais... s'ils veulent obtenir quelque chose, ils peuvent charger un député quelconque de le demander à la Chambre en leur nom.

Les pharmaciens, nos collaborateurs immédiats, sont en train de passer un assez vilain quart d'heure. Le ministre des finances, en quête de quelques millions pour équilibrer son budget, a vu là une gent taillable et corvéable à merci et les pharmaciens ne paraissent avoir trouvé ni à la commission du budget, ni à la Chambre, un appui bien solide. Or, c'est bien contre tout le corps pharmaceutique que le projet de loi paraît dirigé. Il n'est pas, en effet, de pharmacien de Paris ou de province qui n'ait produit sous son nom un sirop, un élixir, un vin, des pilules quelconques et qui, envisageant d'un œil tout paternel ses vertus thérapeutiques, ne s'efforce de propager ce produit au moins dans le cercle de sa clientèle. Il faut bien avouer d'ailleurs que c'est généralement là ce qu'ils ont de meilleur dans leurs officines ; et cependant ces spécialistes ne font pas tous fortune, bien loin de là. M. le ministre des finances, ou plutôt le rédacteur de l'exposé des motifs qui précède ce projet de loi, ne paraît pas s'être entouré, à cet égard, de moyens d'information très approfondis. M. Rouvier croit trouver dans l'impôt sur les spécialités pharmaceutiques un revenu de 12 millions ; or, d'après M. Crinon, bien placé pour juger la question en connaissance de cause, il faudrait pour cela que le commerce des spécialités pharmaceutiques représentât un chiffre d'affaires de 240 millions, ou mieux, 320 millions, en comptant une remise de 80 millions environ faite aux intermédiaires. Or, le chiffre d'affaires des fabricants de spécialités ne dépasse pas 36 millions en tout, dont 12 millions pour la France et 24 millions pour l'étranger. En calculant ainsi le montant de la taxe, on arriverait à un produit de 1.280.000 francs pour les produits spécialisés consommés en France, et 480.000 francs pour les produits exportés, soit un total de 1.760 000 fr. Nous sommes loin des 12 millions que se promettait le ministre des finances. On voit que ce projet d'impôt n'est pas très sérieux.

Malgré son rendement relativement faible, cet impôt suffirait pour ruiner un nombre considérable de pharmaciens. Généralement, en effet, ces derniers ne sont point riches et les médecins qui, à Paris ou en province, sont au courant de ce qui se passe dans leur quartier ou dans leur commune, savent très bien que pour quelques rares pharmaciens qui paraissent faire beaucoup d'affaires, la plupart, écrasés par des frais et des pertes considérables, joignent assez péniblement les deux bouts. Le facétieux rédacteur de l'exposé des motifs, qui s'ébahit de les voir vendre cinq francs une boîte de pilules qui leur revient à trente-sept centimes, ne se rend certainement pas compte du temps et de l'argent qu'il leur a fallu pour terminer leurs études, de la science qu'ils doivent posséder, des responsabilités qu'ils encourent et d'autre part des pertes qu'ils éprouvent constamment, surtout pour les médicaments nouveaux dont la vogue est souvent éphémère. Vouloir estimer la valeur d'un médicament composé d'après le

prix de revient des diverses substances qui entrent dans sa composition nous paraît à peu près aussi intelligent que d'estimer un tableau de Delacroix et de Meissonnier en additionnant le prix du cadre, de la toile et des couleurs que l'artiste aurait employés.

Il est assurément, et cela est fort heureux, quelques pharmaciens qui font fortune par la vente des spécialités, mais il en est un bien plus grand nombre qui font faillite et le nombre de pharmaciens qui s'enrichissent est certainement beaucoup moins considérable que celui des épiciers, des tailleurs ou des marchands de vin qui se retirent rapidement des affaires après avoir exercé sans risque un métier pour lequel on ne leur demandait aucune étude préalable et aucune apparence de diplôme. Puis, lors même que les spécialistes s'enrichiraient, ces bénéfices ne seraient-ils pas parfaitement licites et aurait-on le droit de jeter sur toute une corporation un discrédit aussi immérité? La spécialité pharmaceutique est entrée dans nos mœurs et elle y entrera forcément de plus en plus, quels que soient les regrets que cela inspire à certains de nos confrères. Il y a pour cela, et nous avons quelque ennui à le reconnaître, deux bonnes raisons : d'abord l'insuffisance de profits et peut-être l'insuffisance de soins dans beaucoup de pharmacies, puis l'ignorance d'un trop grand nombre de nos confrères.

Deux pharmaciens très distingués, avec lesquels nous avions le plaisir de dîner tout récemment, s'accordaient sur ce point : qu'il serait peut-être difficile de trouver à Paris plus de cinquante pharmacies sérieuses, c'est-à-dire dans lesquelles le médecin peut être sûr de voir ses ordonnances exécutées avec des médicaments de premier choix, bien préparés et employés aux doses prescrites. Il n'est pas un de nos confrères qui ne puisse témoigner de la vérité de ce fait lamentable et voici le dilemme dans lequel nous nous trouvons placés : si nous laissons notre malade libre d'aller dans une pharmacie quelconque, neuf fois sur dix son ordonnance sera mal exécutée et, si nous lui indiquons un pharmacien déterminé, nous courons le risque de paraître de connivence avec ce pharmacien.

Sans justifier en rien ces connivences, nous comprenons fort bien que nos confrères restreignent leur choix à quelques pharmacies placées dans divers quartiers. Nous comprenons également que l'on formule des spécialités; c'est souvent la seule manière de s'assurer que le malade prendra réellement le médicament prescrit, qu'il le prendra à la dose indiquée et sous une forme agréable, ce qui ne gâte rien. A ce propos il y a dans l'exposé des motifs de ce projet de loi une phrase bien amusante : « Les lois sur l'exercice de la pharmacie interdisent la vente de remèdes secrets; les formules de toutes les spécialités sont donc connues et *tout pharmacien est en mesure de livrer sur ordonnance de médecin l'équivalent d'une spécialité quelconque.* »

Ah! le bon billet qu'auront là nos malades! Voyez-vous ce pharmacien de campagne mis en demeure d'exécuter à brûle-pourpoint telle spécialité qui demande une longue préparation, des produits peu faciles à obtenir purs et un outillage des plus importants et des plus dispendieux!

La seconde raison nous est encore plus pénible à reconnaître que la première, mais il est certain qu'après avoir passé cinq ans à préparer des examens trop nombreux sur des matières trop étendues, le jeune médecin n'est pas toujours de première force en thérapeutique et en posologie. Les spécialités pharmaceutiques sont bien commodes pour les confrères qui ont quelque raison de se défier de leur mémoire. Les sciences médicales deviennent si vastes, il faut étudier tant de choses aujourd'hui, qu'on ne peut pas être ferré sur tout! Et voilà pourquoi les spécialités pharmaceutiques ne sont pas près de mourir, malgré les impôts dont on veut les écraser.

Cette médaille a son revers, mais il y aurait encore bien d'autres choses à dire sur ce malencontreux projet de loi et nous réserverons ces réflexions pour un autre numéro.

A. Ch.

CLINIQUE MÉDICALE

Accidents infectieux, terminés par la mort, à la période secondaire de la syphilis (1).

Par M. Paul Tissier,
ancien interne des hôpitaux de Paris.

Observation. — *Syphilis secondaire. — Syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires. — Couperose syphilitique. — Albuminurie. — Accidents infectieux. Hyperthermie. — Mort.*

R. Aimée, 29 ans, brodeuse, entre salle Moïana n° 20, le 12 avril 1888, service de M. le prof. Hayem.

Père mort de bronchite probablement tuberculeuse à 45 ans. Mère encore vivante.

Elle a plusieurs frères bien portants, et une sœur syphilitique dont l'infection remonte au mois d'août 1887. Cette sœur, soumise à notre examen, présente sur la peau une éruption syphilitique caractéristique. Elle perd ses cheveux et a des plaques muqueuses dans la gorge. Nous insistons sur ces détails en apparence étrangers à l'observation, parce qu'il semble que les deux sœurs aient été contaminées vers la même époque et par le même individu, ce qui permet de fixer approximativement la date de l'infection syphilitique chez notre malade.

Celle-ci a un enfant de cinq ans, chez lequel on ne peut trouver aucun signe de syphilis.

Pas de maladies antérieures, néanmoins elle déclare avoir été toujours un peu pâle. Depuis l'âge de dix-huit ans, maux de tête fréquents.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

Il y a neuf mois, à la suite d'une promenade, la malade a remarqué sur la face (nez et oreilles) et sur les mains une rougeur vive. En même temps œdème des jambes. Les mains et les pieds prennent par accès une teinte violacée, livide, qui aux extrémités supérieures s'étend à la paume de la main. Celles-ci n'ont jamais été le siège de douleurs notables. Douleurs vagues dans les membres et dans les jointures.

Au moindre refroidissement, quelquefois sans cause appréciable, engourdissement, sensation de doigt mort aux deux mains, en même temps que se montrait la coloration violacée. Sueurs continuelles des mains et des pieds, qui n'existaient pas antérieurement. Par moment, la sueur perle à grosses gouttes sur la pulpe des doigts. Quelquefois sueurs générales intermittentes, par bouffées.

Cet état a persisté depuis lors. La vue baisse beaucoup depuis quelque temps. Il n'y a jamais eu de troubles moteurs du côté des yeux.

Il y a deux mois, chute de cheveux, enrouement très prononcé, angine, anorexie, éruption sur les mains et les bras qui disparut sous l'influence d'un traitement antisyphilitique que son médecin lui prescrivit à cette époque.

La malade tousse un peu depuis quelques jours. Digestions lentes, pénibles; vomissements fréquents, palpitations, essoufflement facile.

A son entrée, la malade se montre abattue, fatiguée, légèrement dyspnéique, les yeux sont cernés, sa peau est pâle, un peu sèche. Rougeur violacée sur la face, ayant son maximum sur le nez et s'étendant aux joues et à la lèvre supérieure, pâlissant légèrement sous la pression des doigts.

Cette rougeur est formée par la confluence de petits papules rouges violacées très peu saillantes. Au niveau des joues et sur la lèvre supérieure, aux confins de l'éruption, quelques petites papules isolées, satellites, de forme assez régulièrement arrondie. L'ensemble rappelle la couperose à un examen superficiel.

Les deux dernières phalanges des doigts de chaque main présentent une coloration érythémateuse, rouge violacée, dont le maximum se trouve à l'extrémité des doigts. Il y a en même temps une légère tuméfaction et la pression des doigts n'efface qu'incomplètement la rougeur.

Sur ce fond, on remarque une éruption spéciale, surtout accusée à la face palmaire des doigts, mais empiétant aussi par places sur les faces latérales et même dorsales des phalanges unguéales. Elle est constituée par de petites taches rouges, livides, arrondies, quelques-unes légèrement saillantes, dépourvues d'épithélium vers leur centre, et présentant à leur périphérie une mince collerette de lambeaux épidermiques à moitié détachés. A côté de ces papules et semblant représenter un stade antérieur d'évolution, on note plusieurs petits placards, arrondis, légèrement surélevés, à surface lisse, à coloration jaune blanchâtre et d'apparence phlycténulaire. Sur quelques-uns d'entre eux déjà affaissés, l'épithélium est craquelé au centre. A la racine des doigts on voit quelques petites papules isolées.

Les jambes sont légèrement œdématiées dans leur partie inférieure. Les orteils présentent une coloration rouge violacée. Celle-ci s'étend aussi à la région antérieure des faces dorsale et plantaire du pied. Sur les orteils, cette teinte uniforme occupe toute la surface qui est le siège d'une légère et fine desquamation furfuracée.

L'aspect des lésions symétriques des extrémités rappelle celui de la maladie de Raynaud. Pas de douleurs notables au moment des crises vasomotrices et sudorales. Douleurs rhumatoïdes au niveau des coudes, des genoux. Les articulations métacarpo-phalangiennes des doigts sont un peu tuméfiées et légèrement douloureuses à la pression, surtout à la main droite.

Sur l'amygdale gauche, plaque blanchâtre, d'aspect gommeux, mais constituée en réalité par un dépôt pultacé abondant au niveau d'une dépression amygdalienne profonde. A peu près à l'union du voile avec le palais osseux, sur la ligne médiane, ulcération peu profonde, à sécrétion séropurulente peu abondante, du diamètre d'une pièce de 0 fr. 20.

Dans les aines, surtout à droite, ganglions tuméfiés indolores.

Langue sèche; soif vive; anorexie, selles normales. Pas de céphalalgie ni de bourdonnements d'oreille, pas d'épistaxis. Pas de douleurs lombaires. Pas d'œdème des paupières. Prolongement du premier bruit à la base, donnant à l'oreille la sensation du bruit de galop.

Pouls fréquent (100 puls.), faible, petit, régulier.

Température 39°.

Quelques râles sibilants aux deux bases.

Urines albumineuses 3 gr. 50 par litre.

Le 13. Régime lacté. Albumine 3 gr., pas de cylindres dans l'urine, quelques globules rouges et blancs. T. m., 39°; s., 38°,4.

Le 14. Les organes génitaux sont normaux; pas d'ulcérations, pas de traces de lésions antérieures. Col déchiré, culs de-sac libres, albumine 2 gr., urines 500 gr., assez hautes en couleur, urobiliques, sans urohématine, frictions mercurielles dans les aines et les aisselles. T. m., 38°, 6; T. s., 39°, 4.

Le 15. Urine 1.000 gr. Albumine 1 gr. 50. T. m., 38°,4; s., 39°, 2.

Le 16. Langue blanche, sale, moins sèche que les premiers jours. La coloration violacée des doigts tend à devenir rouge cuivrée. La desquamation, l'apparence phlycténulaire sont nettes. Aux orteils, aspect violacé moins accentué. Albumine, 4 gr. T. m., 38°, 4; s., 39°, 4.

Le 18. Râles peu abondants dans la poitrine, cependant la dyspnée est peu marquée; voix cassée; état général grave; sueurs abondantes; pas de délire. Albumine, 5 gr. T. m., 37°, 4; s., 37°, 4.

Le 19. Hier soir, la malade a eu des vomissements assez abondants. A la face, l'éruption est plus étendue et plus confluente au nez et à la partie interne des joues; quelques éléments éruptifs satellites se montrent sur le front, la partie postérieure des joues, jusqu'à l'oreille droite, et sur le menton.

Aux mains, les caractères de l'éruption se sont modifiés et présentent plus nettement l'apparence de lésions syphilitiques. La teinte violacée des premiers jours est remplacée par une coloration rouge sombre. On peut suivre l'évolution complète du processus : papule blanchâtre légèrement saillante, arrondie ou ovalaire, d'aspect phlycténulaire, au terme de laquelle l'épiderme se craquèle et desquame ensuite en minces écailles, de sorte qu'au pourtour de papules rougeâtres, jambonées, on voit par places un liséré squameux, la desquamation se faisant du centre à la périphérie. Les contours formés par ces lisérés affectent par places une disposition cyclique ou polycyclique. La face palmaire présente le maximum des lésions. Les ongles sont peu altérés.

Délire nocturne, insomnie, sueurs profuses, diarrhée. Pouls 120. T. m., 39°, 6; s., 36°, 6. Iodure de potassium.

Le 20. Vomissements faiblement acides contenant de l'urée en petite quantité. Diarrhée intense. T. m., 40°,2; s., 39°, 2, urobilinurie assez marquée. Pas d'œdème des paupières.

Le 21. Hier soir un frisson, d'une demi-heure environ. Le matin nouveau frisson moins intense et moins prolongé.

Langue sale et sèche; soif très vive; vomissements verdâtres, selles très fréquentes, diarrhéiques. Douleur vive à l'épaule droite. Dyspnée assez intense. Souffle systolique à maximum basal. Pas de phénomènes oculo-pupillaires. Intelligence normale. Pouls 120. T. m., 39°,4; s., 40°,2. Antipyrine, 2 gr. injection de peptonate de mercure.

Le 23. Délire pendant la nuit. Refroidissement des extrémités. La malade ne répond plus aux questions qu'on lui pose. Diarrhée profuse. T. m., 40°, s., 40°,6.

Le 24. Aphonie. Délire. Somnolence. Pupilles normales. T. m., 40°,2; s , 39°,4.

Le 25. Aphonie absolue. Refroidissement. délire, mort dans le coma. T. m., 40°,6; s., 40°,2.

Autopsie.— *Poumons.* — Congestion hypostatique peu intense, pas de tubercules, rien dans les plèvres.

Cœur petit, ferme, présentant de légers épaississements sur la valvule mitrale, semblant du reste anciens, rien au péricarde, rien à l'aorte.

Rien dans le péritoine.

La muqueuse stomacale est congestionnée, il en est de même de celle de l'intestin grêle, surtout vers l'extrémité inférieure. On remarque en ce point une vascularisation exagérée, et un état tomenteux de la muqueuse, qui présente de petits grains saillants jaunâtres, glandulaires, pas de dégénérescence amyloïde.

Le foie est assez volumineux. Poids 1.850 gr. légère dégénérescence graisseuse, pas de dégénérescence amyloïde.

Rate molle, à capsule épaissie par places; poids 250 gr. on n'y trouve pas de dégénérescence amyloïde pas plus que dans les reins. Ceux-ci sont un peu plus gros que d'ordinaire. La capsule est légèrement adhérente. Congestion de la substance corticale.

Les amygdales sont petites, non ulcérées, ulcération sur la partie médiane du voile du palais.

L'utérus est peu volumineux; au niveau du col, exulcération rougeâtre se prolongeant jusque dans le canal cervical; plusieurs petits kystes dans l'ovaire droit.

Rien au vagin, ni à la vulve.

Cette observation soulève un certain nombre de questions sur lesquelles il est peut-être de quelque intérêt de s'arrêter un instant. Et tout d'abord, il s'agit incontestablement de syphilis. En effet, bien que nous n'ayons pu reconstituer entièrement l'histoire de son affection vénérienne, puisque le siège précis et l'époque exacte de l'apparition du chancre n'ont pas été fixés, les symptômes présentés par notre malade quelques semaines avant son entrée à l'hôpital déposent en faveur de la syphilis : maux de tête, chute des cheveux, angine, enrouement, éruption cutanée. Un médecin lui avait prescrit alors le traitement spécifique qui, au dire de la malade, réussit assez rapidement.

D'autre part, en dehors de la lésion ulcéreuse du voile du palais que nous avons décrite, les accidents survenus du côté des doigts et des pieds sont absolument typiques. Le psoriasis palmaire et plantaire, dont les caractères de syphilide papulo-squameuse étaient d'une netteté toute particulière, constitue, suivant l'expression de M. le professeur Fournier (1), un certificat de syphilis et un certificat authentique, contre lequel il n'est pas de protestation possible. Cette lésion, existât-elle seule, serait suffisante, d'après ce syphiligraphe autorisé, pour qu'on puisse affirmer, de par elle seule, l'existence de la vérole, sans crainte d'erreur et sans réserve. C'est le diagnostic de la syphilis écrit, selon l'expression de Ricord.

La question préjudicielle de l'existence de la syphilis étant définitivement tranchée, il importerait de fixer, au moins d'une façon approximative, l'âge de l'infection vénérienne. S'il nous est impossible, en l'absence du commémoratif, de donner une date précise, tout au moins, pouvons-nous légitimement admettre qu'il s'agit d'accidents secondaires en nous fondant sur l'anamnèse d'une part, sur les caractères des syphilides palmaires et plantaires d'autre part.

Nous devons nous demander maintenant la cause des troubles vasomoteurs et sécrétoires accusés par notre malade, antérieurement à l'apparition des lésions syphilitiques et siégeant surtout au niveau des extrémités.

(1) A. Fournier. Leçons sur la syphilis. Paris, 1873, p. 382.

Neuf mois, avant son entrée à l'hopital, notre malade avait remarqué, à la suite d'une promenade, une rougeur vive au niveau de ses mains et de ses pieds, en même temps qu'apparaissait une léger œdème des jambes. Au moindre refroidissement, quelquefois sans cause extérieure, ses doigts étaient le siège d'engourdissements. La main présentait alors une teinte violacée, s'étendant depuis les dernières phalanges, où elle atteignait son maximum, jusqu'à la paume de la main. Il en était de même quoiqu'à un moindre degré aux pieds, aux oreilles et sur le nez. Ces troubles vasomoteurs, souvent suivis d'une véritable poussée sudorale, ne s'accompagnaient pas de phénomène douloureux notable. Il existait seulement, et d'une façon intermittente, des douleurs vagues dans la continuité des membres, et au niveau des articulations. Ces arthralgies apparurent de nouveau plus tenaces et plus vives dans les dernières semaines de la vie.

En dehors des poussées sudorales généralisées et passagères, il existait d'une façon à peu près constante de l'hyperhydrose des mains et des pieds, qui s'était montrée pour la première fois en même temps que les troubles vasomoteurs. Sur la pulpe des doigts notamment, la malade nous a déclaré avoir souvent observé une véritable rosée formée par des gouttelettes de sueur.

On peut, pour expliquer ces manifestations, avoir recours à deux hypothèses : admettre qu'il s'agit simplement de troubles consécutifs à une lésion rénale, lésion qui était traduite pendant la vie par l'albuminurie, ou bien les rattacher à une altération du système sympathique. (1)

Nous rechercherons dans un instant le rôle qui revient au rein dans le processus, mais nous croyons, pour ce qui touche les troubles que nous venons de décrire, que si l'engourdissement des extrémités, la sensation de doigt mort, le refroidissement, sont monnaie courante dans l'urémie lente, il serait illégitime de lui attribuer les altérations vasomotrices secrétoires si spéciales présentées par notre malade. Tout au moins n'avons nous rien trouvé de semblable dans les auteurs qui se sont occupés de la question (2).

La coloration violacée des extrémités, du nez, des oreilles, revenant par accès, souvent à l'occasion de refroidissements, avaient même fait admetre au début la possibilité de l'existenee de la maladie de Raynaud. Un certain nombre de caractères, l'absence de douleurs notamment, l'évolution ultérieure des lésions firent du reste bien vite écarter ce diagnostic.

Pour M. le Pr Fournier, les troubles vasomoteurs intermittents des extrémités ne sont nullement rares chez les syphilitiques, surtout chez la femme, beaucoup plus sujette que l'homme aux troubles nerveux secondaires, et il déclare en observer en moyenne une vingtaine de cas par an. Il en est de même des sudations continues et partielles des mains.

M. le Pr Fournier se refuse à rattacher ces phénomènes à l'état anémique que provoque souvent la syphilis à cette période, pour la bonne raison qu'ils s'observent chez des sujets vigoureux et il admet que l'on doit plutôt les mettre sur le compte du système nerveux et pour préciser davantage du grand sympathique. Il ne considère d'ailleurs cette explication que comme une hypothèse parfaitement en harmonie avec les faits cliniques et aussi avec les données de la physiologie.

Quel a été dans notre observation le mécanisme de la mort? S'agit-il d'une infection générale de l'organisme, de la forme grave, infectieuse de la syphilis? Doit-on plutôt incriminer la lésion rénale, trahie pendant la vie par la céphalalgie, la diminution de la vue, les vomissements, la diarrhée, l'œdème des jambes, l'albuminurie, la présence d'éléments figurés du sang dans les urines et caractérisée à l'autopsie par une augmentation du volume des reins, l'adhérence de la capsule, la congestion de la substance corticale?

L'élévation de la température 39°, 40° et 40° 5 ne saurait plus aujourd'hui être invoquée comme un argument absolument irréfutable, à l'encontre de l'existence d'une intoxication secondaire à la lésion rénale (1).

Néanmoins nous ne pensons pas qu'on puisse admettre comme cause de la mort un processus de néphrite aiguë, sans doute les lésions rénales ont dû contribuer à amener l'issue fatale et plus d'un symptôme noté dans l'histoire de notre malade trouve là son explication. Mais l'altération du rein était elle-même sous la dépendance d'une infection générale de l'organisme, dont la nature reste quelque peu obscure. Peut être en effet s'agissait-il ici d'une infection secondaire, surajoutée à l'infection syphilitique?

(1) Il ne saurait être question de rapprocher la coloration rouge violacée des extrémités, ni l'érythème qui a précédé et accompagné les lésions psoriasiformes chez notre malade, avec les éruptions papuleuses entourées d'une auréole rouge ou développées sur un fond érythémateux que l'on a décrite chez les urémiques. Ces papules, au début légèrement saillantes, s'affaissent et se perdent en un érythème qui se termine par desquamation furfuracée; elles siègent de préférence sur la paume de la main, la plante des pieds et le visage. Voir l'excellent travail de M. G. Thibierge. Des relations des dermatoses avec les affections des reins. (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1885.)

(2) M. Debove, *Gazette médicale des Hôpitaux*, 27 février, 1880 et M. Roques, *Bulletin de la Société méd cale des Hôpitaux*, 1882, ont rapporté chacun une observation de gangrène symétrique des extrémités chez des albuminuriques.

BIBLIOGRAPHIE

Des agents pathogènes de la suppuration dans la fièvre typhoïde, par le Dr Marius Michon, these de doctorat, Lyon, 1890. (J.-B. Baillière et fils, édit., Paris.)

Les premiers auteurs qui ont écrit sur la fièvre ty-

(1) Guyot. Société méd. des hôpit., 1885. — Adhémar Robert, Société anatomique, 1881. — Moussous, *France Médicale*, 1885. — Tennison et Chantmesse, *Revue de Médecine*, 1885, nov. — Hutinel, cité par P. Merklen, *Dictionnaire encyclopédique*, t. I. Ve série, p. 141. — *Rosenstein. Dic. Path. und Ther. d. Nierenkrank*, p. 247, 1886.

phoïde citent les suppurations parmi les complications observées; elle sont donc connues depuis longtemps. Mais si les différentes localisations des abcès dans la dothiénentérie sont de notion vulgaire, si nous soupçonnons dans quelles conditions surviennent ces abcès, quelles sont les causes de la suppuration, notre ignorance est beaucoup plus grande quant aux agents mêmes de cette suppuration. Aussi est-ce là le côté vraiment original de la très intéressante thèse du Dr Michon, le seul sur lequel nous ayons à insister ici.

Au point de vue anatomique, les abcès sont caractérisés surtout par les microbes qu'ils renferment. Or, quels sont les microbes rencontrés dans les abcès typhiques?

Dans la grande majorité des cas, ces abcès sont causés par des microbes pyogènes proprement dits, staphylocoques, streptocoques, etc. Mais dans certains cas on ne trouve pas de microbes pyogènes, le pus ne renferme que le bacille typhique. Ce bacille typhique, cause de l'infection générale, peut-il donc lui-même devenir pyogène? C'est ce que tendent à démontrer quelques faits cliniques.

En 1887, au Congrès de Wiesbaden, A.Frænkel cite le fait d'un abcès abdominal survenu quatre mois et demi après le début de la maladie et qui renferme seulement le bacille d'Eberth. — Dans un cas de G. Roux, dans un abcès de la rate, on ne peut trouver que le bacille d'Eberth. — C'est ce même bacille que Valentini rencontre dans une pleurésie purulente survenue chez un malade qui avait eu la dothiénentérie trois semaines auparavant. — Il en est de même dans une observation de Weichselbaum, où une rupture de la rate détermina une péritonite. — Dans une observation récente d'Orloff le bacille fut trouvé dans un abcès osseux huit mois après la fin de la fièvre typhoïde.

Ces différents cas prouvent donc que le bacille typhique peut rester vivant plusieurs mois après la fin apparente de la maladie; ils prouvent de plus qu'il est pyogène.

Et cependant Baumgarten nie le pouvoir pyogène du bacille d'Eberth et affirme que si ce bacille a parfois été trouvé seul dans le pus des typhiques, cela tient à ce que les bacilles ordinaires de la suppuration avaient été détruits.

Les expériences du Dr Michon permettent de répondre à cette objection. En effet le Dr Michon, qui a fait des recherches sous l'habile direction du Dr Gabriel Roux, a pu reproduire du pus avec une culture pure de bacille d'Eberth provenant du pus d'un typhique. Le bacille d'Eberth ne semble pas, d'autre part, amener la disparition des microbes pyogènes, car une expérience où l'auteur a inoculé un mélange de bacilles d'Eberth de la rate et de micrococcus aureus, ce dernier, loin d'avoir été détruit, a paru au contraire prédominant ou plus abondant.

Enfin L. W. Orlow arrive aux conclusions suivantes :

1° L'injection de cultures typhiques dans les divers tissus, notamment dans les articulations, au-dessous du périoste, dans les muscles, sous la peau, provoque une infiltration inflammatoire et plus difficilement une suppuration.

2° Les mêmes changements peuvent être provoqués par l'injection de cultures typhiques stérilisées; mais les altérations sont moins prononcées.

3° Les propriétés inflammatoires et pyogènes de cultures typhiques dépendent, du moins à un haut degré, des agents chimiques qui se forment dans les cultures, par suite de l'activité vitale du bacille typhique.

4° Les suppurations qui compliquent la fièvre typhoïde ou la convalescence de cette dernière, si le pus contient exclusivement des bacilles typhiques, dépendent probablement de ces bacilles et non d'une infection mixte causée par le bacille typhique et par les microbes ordinairement pyogènes.

On peut donc en somme admettre, avec le Dr Michon, que « le bacille typhique qui a causé l'infection générale peut lui-même devenir pyogène, et cela assez longtemps après son entrée dans l'organisme ».

Mais dans quelles conditions ce bacille, qui ne fabrique pas de pus ordinairement, peut-il acquérir cette propriété? Il est impossible de le dire d'une façon exacte.

Dr Eug. Deschamps.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 octobre 1890. — Présidence de M. Hermite

Les artères et les veines des nerfs. — MM. Quénu et Lejars. La description anatomique des artères et des veines des nerfs, négligée jusqu'ici, nous paraît présenter quelque intérêt à une époque où le rôle pathologique des névrites semble acquérir de plus en plus d'importance. Nous avons pu entreprendre cette étude grâce à un procédé d'injection imaginé par l'un de nous, et reconnaître dans l'appareil circulatoire des troncs nerveux une série de dispositions constantes

Nous nous bornons aujourd'hui à exposer la distribution des vaisseaux sanguins dans la portion cervicale des nerfs *pneumogastrique et grand sympathique* et dans les *nerfs récurrents*.

Le *récurrent* reçoit tous ses rameaux artériels de la thyroïdienne inférieure : c'est encore cette artère qui fournit seule au pneumogastrique et au sympathique, dans leur moitié inférieure; plus haut, les autres vaisseaux nerveux, très abondants surtout au niveau du ganglion cervical supérieur et du plexus gangliforme du pneumogastrique, émanent de la thyroïdienne supérieure. Ainsi, dans leur portion cervicale, *les trois nerfs sont exclusivement irrigués par les artères thyroïdiennes*.

Il y a là une explication toute naturelle des aphonies passagères, des troubles respiratoires et vaso-moteurs, passagers aussi, qu'on a notés à la suite de thyroïdectomies, sans lésions mécaniques des nerfs, à la suite de ligatures de la carotide primitive ou des artères thyroïdiennes;

peut-être même cette communauté circulatoire doit-elle intervenir dans la pathogénie de certaines formes de goitre exophtalmique.

Les branches artérielles abordent le cordon nerveux obliquement ou après avoir décrit un trajet récurrent ; elles se bifurquent et rempent à la surface du nerf en longues arcades anastomotiques, avant de plonger dans son épaisseur.

Les *veines des nerfs* sont encore plus richement développées que les artères, et cette abondante vascularisation, qui prête aux phénomènes congestifs, n'est pas sans importance dans le mécanisme encore si obscur, des névralgies. Ces veines ne sont pas toujours satellites des artères, elles couvrent d'un très beau plexus les ganglions du sympathique et du pneumogastrique : elles se rendent : 1° *dans le réseau des vasa vasorum* des carotides primitive et interne, créant ainsi des connexions extrêmement intimes entre la paroi artérielle et les troncs nerveux qui l'accompagnent ; 2° *dans les veines lhyroïdiennes*, et spécialement dans un lacis de veines musculaires, qui revêtent la paroi latérale du pharynx ; en dehors, d'autres rameaux rejoignent aussi les veines qui rampent au-devant des vertèbres et dans l'épaisseur des muscles prévertébraux.

En résumé, les veines de ces troncs nerveux aboutissent à des *veines musculaires* ; or, c'est là une disposition générale que nous avons retrouvée également dans les membres. Si l'on admet que la contraction du muscle strié soit un important facteur (sinon le principal) dans la circulation des petites veines périphériques, on verra, dans le fait anatomique que nous signalons, une disposition très favorable à l'expulsion du sang noir hors des troncs nerveux. La veine du muscle jouerait, pour ainsi dire, le rôle d'un *appareil de chasse* pour le sang veineux du nerf.

Sur les changements de couleur chez la grenouille commune. (*Rana esculenta*). — M. Abel Dutartre. D'après les travaux de M. Pouchet, la coloration verte et dorée des batraciens est produite par des chromoblastes jaunes et des iridocystes bleus dont le mélange donne sur la rétine l'impression du vert.

Des chromatophores noirs, contenus dans le derme et dans l'épiderme, peuvent, en s'étendant en réseau, recouvrir plus ou moins les autres chromoblastes et donner ainsi toutes les nuances entre le brun foncé et le vert jaunâtre ou bleu clair.

Dans cette note, j'étudierai les principales conditions qui régissent les mouvements de ces chromatophores mélaniques.

1° *Action des différents rayons du spectre.* — Dans le plus grand nombre d'expériences, la lumière solaire traversait des écrans liquides colorés, ne laissant passer qu'un seul rayon ou deux rayons voisins. Dans une autre série d'expériences, on a employé un spectre produit par un réseau éclairé au moyen d'un héliostat. Les résultats sont les mêmes.

La lumière blanche et la lumière jaune provoquent rapidement la contraction (mise en boules) des chromatophores, c'est-à-dire l'éclaircissement complet. Le rouge et le vert produisent le même mouvement, mais un peu moins vite. Le bleu et le violet, de même que l'obscurité, font mettre les chromatophores en réseaux et l'animal devient plus ou moins foncé, même noir.

La rapidité de ces changements et leur étendue varient suivant la richesse en pigment. Dans ces expériences, les mouvements des chromatophores sont soumis en premier lieu à une action réflexe provoquée par la vision, mais en outre à une action directe de la lumière sur la peau, comme le montre l'expérience :

De deux grenouilles de même taille et même coloration, changeant de couleur également vite, l'une est aveuglée, soit par extirpation du cristallin, soit par injection de nitrate d'argent. Placées successivement dans les différentes lumières, ces deux grenouilles changent également de couleur, l'aveugle avec un retard variable (une demi-heure en moyenne).

2° *Action de fonds.* — La grenouille peut se mettre rapidement en harmonie avec le fond sur lequel elle se trouve, bien entendu, entre les limites du brun foncé au jaune verdâtre.

Ce phénomène de mimétisme est sous l'action directe des yeux. A la lumière diffuse, une grenouille aveugle ne change pas de couleur, quel que soit le fond sur lequel on la place.

3° *Système nerveux.* — Les mouvements des chromatophores sont régis par le système nerveux sympathique, comme le montrent les expériences suivantes :

a. Sur une grenouille foncée, on excite le bulbe par un courant assez violent ; tétanos et éclaircissement général.

b. On recommence la même expérience après avoir sectionné la moelle au-dessus de l'origine des nerfs lombaires. Bien que le train postérieur ne présente pas de tétanos, il participe à l'éclaircissement.

c. On coupe les rameaux communiquants du sympathique d'un côté du corps. La grenouille fatiguée par l'opération est placée dans le bleu ou à l'obscurité jusqu'à ce qu'elle soit presque noire. On excite le bulbe : le côté sain devient jaune ; celui dont le sympathique a été coupé reste noir ; si un rameau communiquant échappe à la section, on remarque un éclaircissement partiel dans la région correspondante.

d. On coupe le sciatique en respectant l'artère. L'excitation du bout central produit un éclaircissement complet. Ceci n'a plus lieu si l'on a détruit préalablement les filets sympathiques du plexus lombaire.

Toute excitation violente, section ou piqûre des centres nerveux, toute cause pouvant entraîner la mort ou tout au moins un affaiblissement considérable, provoquent la contraction en boules des cellules pigmentaires, mais toujours par excitation du système nerveux sympathique.

Sur l'autonomie chez la sauterelle et le lézard. — M. Ch. Contejean M. Frédéricq, de Liège, a établi que l'amputation des pattes, chez le crabe, est un phénomène réflexe, soustrait à la volonté de l'animal, et qui est toujours provoqué par une excitation portée sur l'un des articles du membre sacrifié. Il a montré aussi que les lézards suspendus par la queue ne parviennent jamais à la rompre, si l'on évite avec soin tout froissement de cet organe ; il en conclut que, chez ces animaux, l'autotomie est encore sous la dépendance d'un acte réflexe et il fait rentrer dans cette catégorie tous les cas de mutilation en apparence volontaire présentés par les insectes, les vers, les échinodermes, etc.

Quelques expériences, que j'ai faites sur la sauterelle et le lézard, me permettent d'apporter de nouvelles preuves à l'appui de cette opinion.

Si l'on attache une sauterelle par une de ses pattes sauteuses, l'insecte, poursuivi par une baguette de fer rouge, ne parvient jamais à se délivrer en se débarrassant du

membre entravé ; tandis que le membre se rompt aussitôt si la cautérisation porte sur lui. Toute excitation brusque, électrique, chimique, mécanique ou thermique appliquée sur le fémur d'une des pattes sauteuses, provoque son détachement ; le succès de l'expérience est bien moins certain si l'on irrite le tibia. L'excitation électrique est celle qui donne les résultats les plus assurés : la section du fémur reste parfois sans effet ; si l'on touche le moignon avec la pince électrique, il tombe aussitôt. L'expérience réussit très bien, non seulement sur un animal décapité, mais sur un métathorax isolé. On est donc bien en présence d'un acte réflexe, ayant pour centre la troisième paire de ganglions thoraciques. L'intégrité de ces deux ganglions est absolument nécessaire, car je n'ai pu obtenir l'amputation des pattes sur des individus dont les ganglions métathoraciques avaient été séparés l'un de l'autre. Cette séparation doit être faite avec précaution, un brusque coup de ciseaux déterminant parfois la chute des pattes par excitation directe du centre.

L'autotomie a lieu au niveau de l'articulation de la hanche et du fémur (dans les pattes sauteuses, le trochanter fait défaut). Cette articulation figure un angle aigu dont le sommet est dirigé vers le sol, et dont un des côtés, très court, est représenté par la hanche, l'autre, très long, par le fémur. Au moment de la rupture, la hanche, dont la position normale est presque verticale, s'incline violemment en arrière et se place horizontalement. Le fémur, retenu par l'instrument, qui le tourmente, ou, dans la nature, par l'animal ennemi, ne peut suivre le mouvement de la hanche. La capsule articulaire rompt dans la concavité de l'angle aigu devenu obtus, et quelques mouvements latéraux très vifs de la hanche complètent le détachement. Le moignon garde encore quelque temps sa position horizontale.

Un point d'appui pour le fémur est absolument indispensable. En effet, si l'on saisit avec une pince l'animal par le pronotum, et qu'on dirige sur la cuisse le dard d'un chalumeau, on peut brûler complètement le membre sans en déterminer la chute, l'angle du fémur ayant toujours la même ouverture. On peut aussi, avec un chalumeau, brûler la queue d'un lézard sans la faire tomber, si cet organe est laissé libre de tout mouvement. Chez le crabe, d'après Frédéricq, la patte qui rompt trouve le point d'appui nécessaire sur la carapace.

Pour arracher une patte sauteuse à une sauterelle d'un poids inférieur à 3 gr. j'ai dû exercer un effort de 187 gr. La séparation a eu lieu entre la hanche et le thorax. M. Frédéricq a obtenu aussi des chiffres considérables en expérimentant sur le crabe et sur l'orvet.

On ne peut provoquer l'autotomie sur des sauterelles et des lézards affaiblis par un jeûne prolongé. J'ai constaté aussi que des lézards refroidis artificiellement ne peuvent plus rompre leur queue. En général, les expériences réussissent d'autant plus facilement et sont d'autant plus brèves que l'animal est plus actif.

Chez le lézard, comme chez la sauterelle, l'excitation électrique est celle qui donne le plus de succès. On opère en soulevant avec précaution un lézard par la queue, dont on sectionne l'extrémité. Si la rupture ne s'est pas produite, on applique la pince électrique sur la plaie. La queue se brise alors en dessous du point retenu par l'opérateur.

Des lézards attachés par la queue et excités avec un fer rouge ne rompent le membre qui les retient captifs que lorsqu'on le touche avec la baguette rougie.

On provoque plus facilement l'autotomie sur un lézard décapité que sur un animal intact, l'action modératrice des réflexes exercée par l'encéphale étant supprimée. Un animal, coupé en deux immédiatement en avant des pattes postérieures, peut encore rompre sa queue. L'expérience ne réussit plus si la section est faite immédiatement derrière ces membres, même si l'on remplace par un poids la résistance passive du corps absent. Le centre du réflexe se trouve donc entre les pattes postérieures.

Le détachement de la queue se fait par le mécanisme suivant :

L'organe excité se ploie latéralement en figurant un S couché, autant que le permet la résistance du poids de l'animal. Ce mouvement extrêmement brusque détermine un commencement de rupture vers le côté convexe d'une des deux courbures, le plus souvent de celle voisine de l'extrémité caudale. Des tremblements convulsifs achèvent de mettre l'animal en liberté. La rupture a lieu, comme on sait, au milieu d'une vertèbre, point restant cartilagineux chez les individus adultes.

Si l'on fait une série de coupes sur un fragment de queue décalcifié par l'acide picrique, on voit que les vertèbres renflées aux deux extrémités sont considérablement amincies en leur milieu. Une gaine épaisse de tissu conjonctif muqueux les entoure. Cette gaine est enveloppée elle-même par huit faisceaux musculaires alternant avec les vertèbres. Enfin, deux rangées d'écailles recouvrent chaque myomère. Les quatre muscles latéraux envoient de grêles filets au disque mince de fibro-cartilage situé au milieu de chaque vertèbre. Les deux muscles supérieurs ont aussi des insertions sans importance avec les apophyses épineuses, et les deux muscles inférieurs avec les os en V. Mais la partie principale de chacun de ces faisceaux musculaires n'a aucune insertion osseuse. Deux plans aponévrotiques accolés, en continuité avec les enveloppes des muscles, divisent le tissu muqueux en tronçons correspondant aux myomères. Ils se séparent sur le disque de fibro-cartilage formant une collerette au milieu de la vertèbre et là se réfléchissent sur les deux portions de l'os. Les fibres du cartillage sont comme ces cloisons aponévrotiques, dirigées perpendiculairement à l'axe de la vertèbre. En somme, les zones de moindre résistance présentées par la queue sont précisément indiquées par ces cloisons accolées ; elles se séparent avec les myomères lorsque l'animal replie brusquement le membre irrité et la vertèbre rompt derrière le fibro-cartilage. Les muscles se rétractant de part et d'autre empêchent le sang de s'écouler.

Séance du 3 novembre 1890. — *Présidence de* M. Hermite.

Note sur les rapports de la septicémie gangréneuse et du tétanos, pour servir à l'étude des associations microbiennes virulentes. — M. Verneuil. La coexistence de la gangrène et du tétanos a été depuis longtemps signalée par les chirurgiens, qui avaient remarqué que la dernière de ces maladies survenait assez souvent après les plaies contuses, les écrasements des membres, les fractures comminutives, les brûlures, les congélations, etc., toutes blessures s'accompagnant ou se compliquant à l'occasion de sphacèle primitif ou d'inflammation gangréneuse.

Toutefois, comme ces faits sont relativement rares, eu égard à ceux dans lesquels le tétanos succède à des traumas légers, sans gravité apparente, sans accidents locaux

sérieux et même en marche naturelle vers la guérison, on pouvait se demander s'il n'y avait pas simple coïncidence plutôt que relation, et s'il ne s'agissait pas d'une association fortuite entre deux maladies sans que l'une, la gangrène, suscitât ou favorisât la seconde, le tétanos.

En tout cas, ceux qui croient à la coïncidence n'en ont jusqu'ici fourni ni la preuve ni l'explication. Par bonheur, il paraît aujourd'hui possible de combler la lacune grâce aux doubles données fournies par l'expérimentation au laboratoire et l'observation au lit du malade.

On sait que la terre cultivée renferme divers microbes pathogènes, au premier rang desquels se placent le vibrion septique de Pasteur et le bacille tétanigène de Nicolaier.

Les inoculations faites avec cette terre virulente développent chez les animaux deux maladies redoutables : la septicémie gangréneuse, due au vibrion ; le tétanos, dû au bacille.

Les deux microbes se trouvant de coutume réunis dans la terre infectée, les inoculations engendrent, sans qu'à la vérité on sache exactement pourquoi, tantôt l'une, tantôt l'autre des maladies susdites et cela dans des proportions très variables, tel échantillon de terre produisant, je suppose, 88 septicémies et 26 tétanos, tel autre un pourcentage inverse.

En raison de l'activité inégale et de la durée d'incubation différente de leurs virus respectifs, les deux maladies n'apparaissent point en même temps ; la septicémie, plus hâtive, se montre dans les premiers jours, sinon dans les premières heures ; le tétanos, plus tardif, ne survient que vers le quatrième ou cinquième jour et souvent plus tard.

Malgré le nombre aujourd'hui très considérable d'inoculations faites avec la terre et suivies de septicémie gangréneuse ou de tétanos, il ne paraît pas qu'on ait vu la première ouvrant la marche être suivie par le second, ni le second une fois développé être compliqué par la première. En d'autres termes, la réunion si évidente des deux virus dans un même échantillon de terre inoculée aux animaux n'aurait jamais eu jusqu'ici pour résultat le développement ni simultané, ni successif des deux maladies, ce qui semble au moins démontrer leur indépendance.

La septicémie gangréneuse est rapidement et à peu près fatalement mortelle chez les animaux, ce qui explique peut-être pourquoi elle n'est jamais suivie du tétanos, auquel elle ne laisse pas le temps de se développer.

Voici, d'autre part, comment les choses se passent en pathologie humaine, d'après ce que nous ont enseigné les faits cliniques convenablement interprétés.

L'observation apprend que la susdite terre cultivée, mise en contact avec les plaies de l'homme, peut les infecter :

1° En y provoquant la septicémie gangréneuse de Pasteur, « laquelle, comme le rappellent MM. Cornil et Babès, « a souvent pour cause les fractures comminutives, les « contusions profondes, *surtout si les plaies ont été souillées « par la terre* ; »

2° En engendrant le tétanos, notion de date récente, mais qui ne saurait être contestée.

Donc, sur ce premier point, similitude entre l'homme et les bêtes, avec cette légère restriction que la septicémie humaine d'origine tellurique semble moins fréquente que le tétanos. L'époque d'apparition [successive est sensiblement la même dans les deux séries, c'est-à-dire également primitive chez l'homme pour la septicémie et secondaire pour le tétanos. Les deux maladies s'y montrent toutefois un peu plus tardivement que chez les animaux, du deuxième au troisième jour pour la première, après sept jours d'inoculation en moyenne pour la seconde.

Les deux maladies sont dans notre espèce d'une extrême gravité. Toutefois la septicémie gangréneuse, peut-être parce qu'on se donne la peine de la soigner et qu'on peut en certains cas en retarder la marche par des mesures radicales, ne tue pas toujours ou tue moins brutalement, d'où il résulte que la prolongation de la vie permet au virus tétanique l'achever son inoculation ; d'où l'existence simultanée des deux maladies, inconnue chez les animaux, et déjà plusieurs fois constatée chez l'homme.

Je ne veux pas rappeler ici les observations par moi connues et déjà publiées ailleurs (1) ; je me contenterai de relater trois faits inédits, faits aussi clairs, aussi évidents et aussi décisifs que la meilleure des expériences *in animâ vili*.

Je dois le premier à l'obligeance d'un de nos confrères de l'armée, M. Labit, médecin-major au 35e de ligne :

A Rouen, en 1885, un chasseur à cheval, très vigoureux, fait dans le manège du régiment une chute violente sur l'avant-bras gauche. On constate : 1° une fracture simple du radius à la partie moyenne ; 2° une seconde fracture des os située plus bas, à 2 ou 3 centimètres de l'articulation du poignet. Les fragments supérieurs du radius et du cubitus font issue au-dehors et sont comme étranglés par une boutonnière cutanée ; ils sont souillés par la poussière et la terre du manège dont on les débarrasse incomplètement au moment de l'accident. Du reste, pas d'hémorrhagie ni de troubles dans la sensibilité de la main.

Dans ces conditions, on tente la conservation du membre. La plaie est nettoyée soigneusement avec la solution phéniquée forte ; quelques esquilles mobiles sont enlevées ; enfin le membre est immobilisé après pansement antiseptique. Pendant quarante-huit heures, tout va bien ; ni réaction, ni douleurs ; état général satisfaisant. Le troisième jour, changement subit : l'avant-bras jusqu'au coude est tuméfié, douloureux, et présente les caractères de l'affection connue sous le nom ancien d'érysipèle bronzé, et appelée par les modernes septicémie gangréneuse ou foudroyante, œdème malin, etc.

L'amputation du bras jugée indispensable est aussitôt pratiquée par M. Weber, médecin inspecteur ; pansement antiseptique sans réunion immédiate. L'extension du mal est arrêtée du coup et la plaie opératoire évolue à souhait ; mais quatre jours après, c'est-à-dire sept jours après l'accident, on voit apparaître tous les phénomènes du tétanos. On institua aussitôt le traitement par le chloral à haute dose, l'immobilisation, la température constante, etc., mais le tout inutilement ; bien que la marche ait été lente, les contractures modérées, la fièvre peu intense, la mort survint le vingt-deuxième jour. La plaie d'amputation était guérie.

Voici maintenant deux autres faits qui m'ont été communiqués par M. Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier :

Mon premier cas se rapporte à un homme de 39 ans, qui, à la suite d'une chute de cheval, se fit une luxation de la tête inférieure du cubitus à travers une boutonnière cutanée mise en contact avec le fumier lentement chauffé par un soleil de quatre mois et arrosé par une petite averse trois jours avant l'accident. Frisson violent une heure après.

(1) *Revue de chirurgie*, 1888, *passim*.

Appelé le lendemain, je trouve des collections gazeuses, à la partie supérieure de l'avant-bras ; j'incise, je place le membre dans un bain antiseptique permanent. Les tissus mortifiés au niveau des foyers gazeux s'éliminent, tout s'arrange ; la famille croit tout danger conjuré. Mais, réfléchissant au contact de la plaie avec le fumier, je crains encore le tétanos ; celui-ci éclate au huitième jour et emporte le malade en quarante-huit heures.

Dans ma seconde observation, il s'agit d'une jeune fille de 23 ans qui s'était luxée le pied en dehors. Le plateau inférieur du tibia porte sur le sol et dans son cartilage s'incruste de la poussière. L'accident est survenu aux environs d'un abattoir. On fait un lavage phéniqué. Appelé le troisième jour, je trouve une arthrite purulente avec phlegmon diffusé jusqu'au genou. Incisions multiples au vingtième jour, tétanos qui guérit.

J'ai plus tard fait la résection et la malade, grande et belle montagnarde du Midi, marche bien.

La concordance remarquable des résultats expérimentaux et des observations cliniques permet de regarder comme suffisamment établies les conclusions suivantes :

1° La coïncidence chez l'homme de certaines formes de gangrène et du tétanos n'est pas due au hasard ;

2° Elle résulte de l'introduction simultanée dans une plaie des deux microbes bien connus de Pasteur et de Nicolaier, fréquemment réunis, surtout dans la terre cultivée ;

3° Les deux maladies, contemporaines à l'origine, évoluent cependant, dans la suite, d'une manière distincte, conformément à l'action propre de leurs virus et sans paraître manifestement s'influencer.

4° Le développement de la septicémie gangréneuse dans une plaie souillée par la terre doit faire craindre sans doute l'apparition ultérieure du tétanos, mais l'indépendance réelle des deux infections est prouvée par ce fait que la suppression radicale du foyer de la première n'empêche pas la seconde de se montrer.

5° Tout semble donc démontrer qu'il y a là association morbide pure et simple, due à la réunion fortuite des deux virus (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1890. — *Prés. de* M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. Hache, professeur à la Faculté de médecine de Beyrouth, qui se porte candidat au titre de correspondant national dans la section de chirurgie ; 2° une lettre de M. le Dr Durieu du Ribérac, qui envoie un mémoire intitulé : *Contribution à la thérapeutique de la pneumonie délirante.*

M. Dujardin-Beaumetz présente une note de M. le Dr Perrin, de Bordeaux, sur *la vaccine et la tuberculose*, et un appareil de M. le Dr J. Wolff, destiné à permettre de respirer l'air extérieur en cas de tuberculose.

M. G. Sée dépose un pli cacheté, renfermant une note sur *une nouvelle méthode générale de traitement de la phthisie*, puis, au nom de MM. Letulle, Marquézy et au sien, un mémoire sur le *traitement curatif de la tuberculose.*

Protection de l'enfance. — M. Pamard. Dans le département de Vaucluse, le chiffre de la mortalité n'est que de 20 pour 1.000 ; cependant en 1889 le chiffre des décès a dépassé celui des naissances de 1.159, sur une population de 241.787 habitants. Cette situation est due à la mortalité excessive, 21,86 0/0, par rapport à la mortalité totale, des enfants de 0 à 2 ans, et cette mortalité est surtout considérable pendant les chaleurs de l'été.

Pour y remédier, il y aurait utilité à créer sur les montagnes des sanatoria pour les jeunes enfants et de faire connaître les pratiques de l'hygiène pour l'élevage de l'enfance.

La loi Roussel a eu pour but d'obtenir ce dernier résultat ; elle est malheureusement appliquée le plus souvent à contre-sens. C'était une loi de bienfaisance faisant appel à tous les dévouements et à toutes charités ; l'administration l'a confisquée à son profit et en fait un de ces services où abondent déjà les papiers et les employés nécessaires à leur classement. Il serait bien plus juste que les commissions et les médecins de ce service fussent appelés à en former réellement le rouage essentiel ; il faudrait même qu'ils en eussent quelques avantages ; ils le méritent mieux que ceux qui classent des dosiers ou font des statistiques.

Laparotomie exploratrice et fistule biliaire. — M. Terrier présente un malade entré dans son service avec le diagnostic de kyste du foie. Ce diagnostic ne fut pas confirmé par un examen attentif, mais le foie présentant un notable accroissement de volume, on pratiqua une ponction exploratrice. Cette ponction ne donna issue à aucun liquide et fut suivie d'une poussée d'ictère, qui se calma peu à peu pour reparaître bientôt d'une façon inquiétante.

Sans savoir exactement à quelle affection il avait affaire, M. Terrier fit une laparotomie exploratrice. Le foie était considérablement augmenté de volume, congestionné, mais ne présentait pas de tumeur ; la vésicule biliaire était légèrement distendue, mais ne contenait aucun calcul. Rien d'anormal du côté du canal cystique et du canal cholédoque, ni aux environs du duodénum, sauf quelques indurations qui pouvaient être rapportées à des ganglions engorgés.

M. Terrier pratiqua alors une fistule biliaire aussi petite que possible et réunit la muqueuse de cette fistule à la peau de la paroi abdominale. Le cinquième jour après cette intervention, les selles étaient colorées et la douleur avait disparu. Le malade est aujourd'hui complètement guéri, mais perd encore une petite quantité de bile par sa fistule.

En terminant, l'orateur ajoute : C'est, je crois, la première fois qu'un chirurgien a cru devoir faire une incision exploratrice pour examiner le foie et déterminer, si faire se peut, la lésion dont il est atteint. Grâce à cette incision, j'ai pu m'assurer par la vue et la palpation directe que le foie de mon malade ne renfermait aucune bosselure pouvant indiquer la présence d'un kyste, d'un abcès ou d'une néoformation maligne.

(1) La septicémie gangréneuse n'est pas la seule maladie virulente capable de s'associer au tétanos. En effet, on a déjà signalé la coïncidence de ces derniers avec le charbon, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, la malaria, la tuberculose. Mais les faits, outre qu'ils sont fort rares, sont pour la plupart rapportés trop sommairement pour qu'on en puisse rien conclure quant aux relations entre les deux infections.

Il est intéressant de noter que la plus commune des intoxications traumatiques, c'est-à-dire la pyohémie, ne s'est peut-être jamais, d'après M. Jeannel et moi-même, associée au tétanos. Il y a peut-être là un antagonisme réel.

Toujours à l'aide de cette incision, j'ai pu explorer les voies biliaires, constater par la vue et le toucher que la vésicule n'était pas très distendue et qu'il n'y avait pas de péricystite, explorer avec le doigt le trajet probable non seulement du canal cystique, mais encore du canal cholédoque.

Explorer le foie à l'aide d'une incision sur la ligne médiane est donc une chose possible, presque facile, et d'une innocuité indiscutable avec la méthode antiseptique ou mieux avec la méthode mixte à la fois aseptique et antiseptique.

Dans l'observation précédente, cet examen du foie et des voies biliaires fut négatif et on ne constata qu'une hypertrophie considérable de l'organe, due certainement en grande partie à l'arrêt de l'écoulement de la bile dans l'intestin.

J'ai cru devoir aller au plus pressé, c'est-à-dire donner issue à la bile qui s'accumulait dans les voies biliaires; aussi n'ai-je pas hésité à pratiquer une très petite fistule au fond de la vésicule biliaire.

Le but que je me proposais a été vite atteint, l'ictère a diminué avec rapidité, les urines se sont décolorées, les douleurs de reins ont cessé dès l'opération faite, et les fonctions digestives se sont réveillées très vite.

Que s'est-il passé? Je suppose que le facile écoulement de la bile par la fistule a fait cesser soit l'inflammation, soit les spasmes des voies d'excrétion de la bile, et que celle-ci a pu passer dans l'intestin. Il se passerait ici quelque chose d'analogue à ce qui est commun dans la rétention d'urine, lors d'hypertrophie prostatique par exemple, alors que l'on vide la vessie par une série de ponctions aspiratrices.

Je ne tiens pas autrement à ces hypothèses, mais le fait n'en subsiste pas moins.

J'en conclus donc qu'en présence d'accidents de congestion hépatique avec arrêt de l'excrétion de la bile dans l'intestin, arrêt déterminant de l'ictère et des accidents graves, on peut être autorisé à pratiquer non seulement une laparotomie exploratrice, mais une fistule biliaire.

Non seulement cette fistule pourra rétablir le cours normal de la bile mais aussi il en résultera une diminution considérable dans le volume du foie, ainsi que nous l'avons observé dans le fait relaté plus haut.

Actuellement, vu l'état excellent du malade et les dimensions de son foie qui sont encore certainement exagérées, je crois prudent de ne pas me hâter à fermer la fistule, qui d'ailleurs ne donne écoulement qu'à une petite quantité de bile.

Rapports de prix. — M. Peter lit un rapport sur les mémoires envoyés pour le concours du *prix Civrieux*.

M. Magitot lit le rapport sur le *prix Saint-Paul*.

M. Charpentier lit, au nom de M. de Villiers, un rapport sur les mémoires envoyés pour le concours des *prix de l'hygiène de l'enfance*.

M. Hervieux lit le rapport aur le service des *vaccinations* et des *revaccinations* en France pendant l'année 1889.

M. Trasbot lit le rapport sur le *prix Stanski*.

M. Budin lit le rapport sur le *prix Capuron*.

M. Lannelongue lit le rapport sur le *prix Laborie*.

A 4 h. 45 l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des conclusions des rapports ci-dessus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 octobre 1890. — Présidence de M. Nicaise.

Électricité. Castration ovarienne et hystérectomie. — M. Richelot continue la lecture du travail dont il a déjà entretenu la Société avant les vacances.

La castration ovarienne et l'électricité tendent au même but : la décongestion utérine et la diminution du volume de la tumeur. La castration arrive plus certainement à ce résultat et les deux observations suivantes le montrent. Dans la première il s'agissait de fibromes interstitiels en voie d'évolution et avec écoulements sanguins. La castration indiquée est faite. Cessation absolue des douleurs et des pertes. La masse utérine au bout de quelques mois est revenue complètement sur elle-même. Dans le second cas les choses se passent autrement. Un gros fibrome interstitiel à marche rapide nécessita aussi la castration. Revue plus tard, la femme opérée n'a plus de perte, n'a plus de règles; mais la tumeur n'a pas diminué et les douleurs ont reparu. Une hystérectomie ultérieure montra une tumeur qui par sa nature et son volume ne commandait pas la castration.

Aussi, pour M. Richelot, la castration n'est-elle efficace que quand elle s'adresse à des fibromes interstitiels. Quand il y a tumeur indépendante, elle est tout à fait impuissante. Aujourd'hui l'hystérectomie est une opération beaucoup moins dangereuse qu'on ne le pensait autrefois et M. Richelot estime même que sa gravité est comparable à celle de l'ovariotomie. Ce qui faisait le danger de l'hystérectomie, c'était le traitement du pédicule; aujourd'hui, avec la ligature élastique perdue, on laisse le pédicule dans le péritoine et, comme pour l'ovariotomie, cette manière de faire a changé l'avenir de l'opération. La ligature élastique peut convenir aux pédicules très larges comme aux pédicules minces et, la section faite à la coupe, on voit le tissu utérin et la muqueuse. Il est nécessaire de détruire cette muqueuse qui pourrait infecter le sac péritonéal. M. Richelot la cautérise et passe le couteau rougi sur la tranche utérine.

Le lien élastique peut s'enkyster, quelquefois même il est rendu par le vagin. La suture à étages de la paroi ferme l'abdomen d'une façon solide sans possibilité d'éventration.

M. Richelot cite d'abord une série de 13 cas heureux. Chez les deux premières malades, le pédicule a été fixé à la paroi et pour les autres la méthode intra-péritonéale a été seule employée. Suivent 3 morts; mais chez l'une des malades le poids de la tumeur, la cachexie suffisent pour expliquer l'issue fatale qui n'a du reste eu lieu que le 40e jour. La 2e mort est due à une occlusion intestinale, accident rare. Dans le 3e cas, les adhérences excessivement nombreuses, le mauvais état général de la malade ont déterminé le décès.

M. Richelot conclut que l'électricité est le meilleur des palliatifs et peut réussir même dans certains cas à faire éviter l'opération. La castration ovarienne est une bonne intervention, peu dangereuse, mais qui ne réussit pas dans tous les cas. Enfin l'hystérectomie abdominale, dernière ressource, a diminué de gravité et est seule capable de guérir les formes les plus graves de certains fibromes.

M. Bouilly aura surtout en vue le traitement intra-péritonéal du pédicule.

Pour lui, il n'est pas applicable dans tous les cas, mais il

est de l'avis de M. Richelot quand il dit que le pronostic des fibromes par l'hystérectomie a changé.

Lui même dans plusieurs opérations faites avec le traitement extra-péritonéal a eu de nombreux succès. Le pédicule n'a même pas suppuré. Les malades n'ont pas de fièvre. Avec la poudre de tannin et l'iodoforme, le moignon fermé tombe entre le 20e et le 30e jour et M. Bouilly ne voit pas qu'il y ait lieu d'attribuer à ce traitement des désavantages bien grands. Tout au plus si la guérison est un peu plus longue.

M. Terrillon a déjà entretenu la Société de ce sujet. Il a aujourd'hui opéré 29 malades et n'a eu que 3 morts. Pour ce chirurgien, toutes les fois qu'on fait prendre le col utérin dans la ligature élastique, le pédicule n'est pas plus grand qu'une pièce de 5 francs et les résultats sont meilleurs. Le point capital est d'enlever la muqueuse, que M. Terrillon abrase complètement et qu'il touche au sublimé. Traube a cherché à amoindrir le pédicule et on peut arriver ainsi à rendre de gros pédicules suffisamment petits pour être abandonnés dans la cavité péritonéale. Le moignon par son poids peut peser sur l'intestin et donner lieu à des occlusions; aussi faut-il avoir soin de bien placer son pédicule dans le fond du petit bassin. La vessie doit être épargnée et pour cela il est quelquefois nécessaire de la décoller de la tumeur à laquelle elle adhère sur une étendue de 1 à 2 centimètres. Le fil élastique est quelquefois éliminé par le vagin. Deux fois il a vu la chose arriver. A un moment, il se produit de la suppuration, un écoulement vaginal, et on trouve dans cet écoulement le fil élastique.

Dans le traitement extra-péritonéal, quand M. Terrillon a eu de mauvais résultats, ils étaient dus à la mauvaise antisepsie du pédicule et au non dessèchement du moignon. Le tannin donne mêlé à de la poudre d'iodoforme une sécurité parfaite de ce côté.

M. Pozzi trouve qu'il n'y a aucune espèce de comparaison à établir entre tous les fibromes utérins, entre ceux qui sont péritonéaux et ceux inclus dans le ligament large par exemple. Pour les premiers, il est de l'avis de M. Richelot; pour les seconds le pronostic est beaucoup plus grave que celui de l'ovariotomie. Il trouve donc la comparaison de M. Richelot un peu exagérée.

Pour M. Pozzi, lorsque la cavité utérine n'a pas été ouverte, lorsque le pédicule n'est pas hémorrhagique, le traitement intra-péritonéal est excellent, de même que dans les cas où l'énucléation peut être faite. Lorsqu'on compare les statistiques des traitements intra et extra-péritonéaux, l'avantage est pour ces derniers. Avec le pédicule au dehors, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie consécutive, l'infection secondaire par la gangrène d'un trop gros pédicule. Pour le fil élastique, Olshausen et les promoteurs de ce traitement ont abandonné la méthode et cela à cause d'accidents tels que des suppurations du petit bassin. Ce fil élastique est excellent dans le traitement extra-péritonéal et M. Pozzi rappelle que c'est lui qui, le premier, l'a fait connaître en France. Il est une autre méthode qui, aujourd'hui, commence à avoir de chauds partisans, dans le traitement des fibromes. C'est l'ablation et du fibrome et de tout l'utérus. Martin a fait 30 fois ce proccdé et a eu 8 morts. Ces résultats sont médiocres.

M. Pozzi conclut en disant qu'on ne doit pas comparer le pronostic de l'hystérectomie à celui de l'ovariotomie.

M. Terrier pense qu'il est bien difficile d'établir des relations entre les traitements par l'électricité, la castration et l'hystérectomie. Pour ne parler que de cette dernière son pronostic n'est comparable à celui de l'ovariotomie qu'dans le cas où le pédicule est grêlé et encore si on coupe l cavité utérine on n'est jamais sûr de sa désinfection.

M. Terrier a fait le traitement intra-péritonéal par la ligature élastique. Les deux cas étaient identiques. la première malade a parfaitement guéri; la seconde était vierge et au bout de quatre jours elle est morte de septicémie foudroyante. Il ne veut rien conclure de ces deux cas mais il pense que la méthode intra-péritonéale ne doit être pratiquée que dans des cas simples où l'utérus ne doit pas être ouvert. Un des plus grands inconvénients de la méthode extra-péritonéale est la possibilité de l'éventration ultérieure et cette infirmité ne peut entrer en ligne de compte quand il s'agit de la vie d'une opérée.

Laparotomie pour coup de feu en pleine péritonite suppurée. — Guérison. — M. Fontan (de Toulon) fait une communication sur ce sujet.

Présentation de malades. — M. Berger présente un malade auquel il a restauré la lèvre inférieure au moyen d'un lambeau pris au bras, suivant la méthode italienne.

Le pédicule n'a été coupé qu'au dix-neuvième jour. M. Berger se sert d'un appareil analogue à celui de Cagliacozzi.

M. Le Dentu présente une pièce représentant une large surface de la paroi abdominale enlevée pour guérir une éventration consécutive à deux accouchements. M. Le Dentu a indiqué d'abord une incision médiane pour pouvoir placer une éponge et presser la masse intestinale, il a ensuite enlevé un plastron d'une hauteur de 25 centimètres comprenant toute la paroi, y compris le péritoine. Il a ensuite suturé les deux lèvres de la plaie.

Rectification. — C'est par erreur que dans notre dernier compte rendu nous avons cité comme morte la deuxième opérée de M. Schwartz atteinte d'appendicite et opérée pour cette lésion. Elle a au contraire guéri de son opération.

Eug Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 octobre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier

Du salol. — M. Edgard Hirtz. Le salol est entré depuis longtemps dans la thérapeutique chirurgicale, mais ses usages sont encore restreints dans la thérapeutique interne à cause de son peu de solubilité. Cependant les élèves de M. Guyon l'ont essayé, non sans succès, dans l'antisepsie des voies urinaires. M. Dreyfous a montré qu'il exerçait une action non douteuse sur les écoulements blennorrhagiques. Les nouvelles recherches de M. Hirtz confirment ces derniers résultats. Sur 30 cas, il l'a employé 20 fois associé au baume de capahu, aux essences de santal, de térébenthine, dans lesquelles il est soluble, et dix fois pur; il a observé que les écoulements étaient taris au bout de 8 à 10 jours. De plus il a remarqué que ce produit diminuait les douleurs uréthrales, caractéristiques de la blennorrhagie au début. On peut donc le considérer comme un bon antiseptique des organes génito-urinaires et comme un analgésique.

Les doses employées ont été de 4 grammes par jour en moyenne, soit pur en cachets de 0 gr. 50, soit associé aux diverses essences balsamiques. Les urines au moment de la

miction ne présentaient pas de caractères physiques particuliers mais devenaient noirâtres au bout de quelques heures. Dans aucun cas, il n'a constaté d'intoxication.

Dans la fièvre typhoïde, associé au salicylate de bismuth, le salol à la dose de 4 grammes par jour paraît également bien réaliser l'antisepsie du tube digestif; les selles sont moins fétides, moins profuses, la langue plus propre. Cette action est due au dédoublement du salol en acide phénique et en acide salicylique dans l'intestin grêle sans présenter toutefois la toxicité de ces produits, de plus il agit sur l'élément fébrile qu'il modère.

Dans la dilatation de l'estomac, associé au bicarbonate de soude, il est bien supporté et empêche les borborygmes, les flatulences et prévient les fermentations secondaires qui ont lieu dans cette affection.

En terminant, M. Hirtz fait remarquer une réaction particulière des urines salolées : elles réduisent la liqueur cupro potassique comme si elles contenaient du glucose : toutefois elles dévient la lumière polarisée en sens inverse de cette substance.

M. Hayem a essayé le salol dans deux cas d'entérite dysentériforme, qui avaient résisté au régime. Dans les affections intestinales où la diète est impuissante, la plupart des médicaments échouent; il en a été de même du salol. Ces malades ont été guéris par l'emploi de l'acide lactique.

M. Gouguenheim a employé le salol avec succès, à l'intérieur, dans certaines angines non suppurées. Ce médicament lui paraît surtout agir en réalisant l'antisepsie des voies digestives sur toute leur étendue.

M. Rendu emploie dans les dyspepsies le salol de préférence au naphtol qui le plus souvent est mal toléré et inefficace. Il lui a également réussi dans le traitement du rhumatisme blennorrhagique, dont il abrège la durée.

Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — M. Juhel-Rénoy lit une communication qu'il résume ainsi :

Ma statistique intégrale se rapproche, à quelques centièmes près, de celle dressée par MM. Bouveret et Tripier. 233 cas leur ont donné 20 morts, soit 8.50/0; 161 cas m'ont donné 14 décès, soit 8.69 0/0; cette coïncidence ne me paraît pas fortuite. Prenant pour modèle tout ce qu'a fait l'Ecole de Lyon sur ce sujet, procédant comme elle pour l'établissement de statistiques inattaquables, j'obtiens des résultats semblables. J'ai donc eu le droit de dire qu'à Paris nous aurions les mêmes succès qu'à Lyon si nous voulions nous conformer aux règles établies, et j'ajoute que je crois que nous pourrions égaler les incomparables succès des Allemands, si nos médecins militaires consentaient à employer la méthode de Brand pour les malades qu'ils soignent; avec un traitement hâtif chez des hommes jeunes, indemnes en grande partie des tares qui existent dans nos hôpitaux civils, je crois, dis-je, que ces succès seraient possibles et ce ne serait pas une démonstration inutile à faire. Après avoir abaissé la mortalité dans les hôpitaux civils, le bain froid pourrait la restreindre à des proportions extraordinairement minimes dans l'armée.

J'espère donc vous avoir démontré impartialement que, dans l'espace de trois années, la méthode systématique par le bain froid fait baisser de près de 5 0/0 la mortalité chez les typhiques soumis à ce mode de traitement dans nos hôpitaux parisiens. et que, de plus, elle a fait réaliser une économie réelle portant sur la quantité des journées de résidence à l'hôpital. Ma conclusion peut donc se résumer par ces deux termes : efficacité, économie; tels sont les bénéfices du traitement systématique par le bain froid. Ces deux éléments du problème toujours si complexe de la thérapeutique des malades hospitalisés ne peuvent nous laisser indifférents, et je souhaite que les efforts de quelques-uns de nos collègues et les miens soient encouragés par de nouveaux adeptes.

M. Laveran. Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids est depuis longtemps en honneur parmi les médecins militaires, mais peu d'entre eux appliquent ce traitement dans toute sa rigueur, les uns en vertu d'idées doctrinales, les autres en raison des difficultés matérielles que rencontre l'application de cette méthode de traitement dans les hôpitaux militaires.

M. Duponchel. Les soldats qui prennent la fièvre typhoïde ne sont pas toujours dans des conditions aussi favorables qu'on le croit généralement pour guérir; ce sont souvent des sujets surmenés soit par les manœuvres, soit par leur séjour dans les colonies, et probablement le traitement systématique de Brand leur fût il appliqué, le chiffre de la mortalité resterait encore, dans ces conditions, plus élevé que dans l'armée allemande.

M. Rendu. L'impression que j'ai retirée des bains froids dans un certain nombre de cas de fièvre typhoïde est plutôt favorable à cette méthode de traitement, et je crois que cette impression est partagée par la majorité de nos collègues.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 22 mai 1890. — Présidence de M. paul Berger.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Janet fait une communication sur deux cas de fracture difficilement réductible. (V. *France méd.*, n° 29, p. 449).

M. Berger. Je pense, comme M. Hennequin et M. Janet, que l'extension continue peut rendre des services dans quelques cas de fracture de l'humérus, surtout du col anatomique. On a même été plus loin, et dernièrement, dans un compendieux livre allemand sur la chirurgie des fractures, on a proposé d'appliquer la traction à diverses fractures du membre supérieur, même à la fracture de l'extrémité inférieure du radius, ce qui est évidemment excessif.

Il ne faudrait pas croire cependant que cette méthode de traction soit sans inconvénient. Elle nécessite le séjour au lit, ce qui est excessif pour ces traumatismes du membre supérieur, et dangereux chez les gens obèses âgés et affaiblis. Sans doute, dans la fracture du col anatomique de l'humérus, la réduction et la contention sont difficiles; le fragment diaphysaire porté en avant embroche vraisemblablement le deltoïde. Mais sans recourir à la traction continue rigoureuse, on peut employer une méthode moyenne qui consiste, après une heure de bonne extension, à appliquer un appareil plâtré, immobilisant le membre de la région

malade dans cette position. L'appareil est bien supporté, le malade peut se lever, et la guérison s'obtient régulièrement sans raideur à la suite.

En ce qui concerne le deuxième cas présenté par M. Janet, on peut le caractériser d'un mot : c'est la fracture de Dupuytren. La réduction est parfois difficile et l'on peut être obligé de recourir au chloroforme. Je me suis bien trouvé, dans certains cas, de mettre d'abord un appareil amovible pendant huit jours, pour n'employer l'appareil plâtré qu'après disparition du gonflement. J'ai remarqué que sous un plâtre mis de bonne heure, des déviations secondaires peuvent se produire, quand la région malade se trouve trop à l'aise dans l'appareil. Lorsque la position vicieuse n'a pu être évitée, il faut intervenir ; dans ce cas, je préférerais une ostéotomie régulière à l'ostéoclasie qui est un procédé trop aveugle.

M. Luzet communique un cas d'anémie pernicieuse guérie. (V. *France méd.*, n° 29, p. 451.)

M. P. Tissier lit une observation de syphilis secondaire avec éruption psoriasiforme des extrémités et accidents infectieux terminés par la mort. (V. ci-dessus, p. 706.)

M. Netter. Aux deux hypothèses émises par M. Tissier, je crois qu'on en pourrait ajouter une troisième, celle d'une infection secondaire surajoutée à la syphilis. J'en ai observé plusieurs exemples chez les enfants. Kastowitz avait trouvé, dans des cas analogues, des streptocoques et avait même songé à en faire les organismes spécifiques de la syphilis. Dans le fait qu'on nous rapporte, il est regrettable qu'on n'ait pas entrepris de recherches bactériologiques dans ce sens. Ni l'aspect des reins, ni l'évolution de cette néphrite, ne répondent à la physionomie habituelle de la néphrite syphilitique secondaire.

M. Berger. Ne peut-on penser que la néphrite était antérieure à la syphilis et a précisément été la cause de sa malignité?

M. Tissier. L'aspect de la lésion rénale indique une néphrite récente. En ce qui concerne la remarque de M. Netter, je dois dire que l'examen du sang, chez cette malade, était négatif, et qu'en particulier, on ne constatait pas le réticulum fibrineux qui suit constamment la présence de streptocoques ou staphylocoques dans le sang. Du reste, la lésion rénale ne rappelle pas la néphrite des infections à microbes pyogènes.

M. Netter. Il y avait des phénomènes fébriles, des frissons, une grosse rate, tous symptômes qui n'appartiennent pas communément à une syphilis secondaire. Enfin, l'examen bactériologique n'a pas été fait. Or, on ne saurait trop répéter que ces infections à streptocoques sont très communes et qu'on les trouverait souvent si l'on s'habituait à les chercher toujours.

Au Congrès de Weisbaden de 1887, Jürgensen parlant d'un fait analogue, qu'il avait pris un instant pour une maladie nouvelle, arrivait bientôt au chiffre de cent observations,

M. Vimont lit une observation de septicémie aiguë chez un égoutier. (V. *France méd.*, n° 44, p. 691.)

M. Girode. Cette observation constitue un cas de septicémie des plus rares : je ferai seulement remarquer que les lésions pulmonaires semblent s'être développées assez tardivement et qu'il n'est pas certain que les accidents à dissémination si complexe se soient produits comme conséquence de la détermination pulmonaire.

En ce qui concerne l'obscurité du cas, au point de vue bactériologique, l'absence de résultats positifs tient peut-être à une méthode insuffisante. Certains microbes des gangrènes et des septicémies sont anaérobies, et il eût fallu poursuivre des cultures dans le vide ou dans un milieu non oxygéné. D'autre part, si l'on peut supposer qu'il s'agit d'une toxémie plutôt que d'une infection classée, il eut été intéressant de transporter expérimentalement sur un organisme vivant, lapin, souris, etc., quelques produits organiques tels que le sang ou les urines, et de suivre attentivement les effets obtenus pour les comparer à ce cas clinique étrange.

Quoi qu'il en soit, cette observation offre un très grand intérêt, et M. Vimont ayant sollicité les suffrages de la Société et posé sa candidature au titre de membre correspondant, je pense que vous voudrez bien prendre sa demande en considération.

M. Vimont est nommé membre correspondant.

Les Secrétaires des séances,
Girode, Besançon.

NOUVELLES

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. — La faculté de médecine de Toulouse est définitivement créée. M. Caubet, directeur de la précédente école secondaire de médecine et de pharmacie, vient d'être nommé doyen. Le corps enseignant sera nommé incessamment.

Les Toulousains ont de la suite dans les idées. Depuis dix ans, leur ville a fait pour la création de cette faculté des sacrifices considérables et le tout-puissant ministre de l'intérieur, M. Constans, sénateur de la Haute-Garonne, n'a pas peu contribué à donner à ses compatriotes cette suprême satisfaction.

Reste à créer la faculté que les Marseillais demanderont avec non moins de persévérance, et la faculté de médecine de Montpellier, étranglée de toutes parts, aura définitivement vécu.

Corps de santé militaire. — Le ministre de la Guerre vient d'arrêter ainsi qu'il suit les conditions dans lesquelles les étudiants en médecine et les élèves en pharmacie, appelés à bénéficier des dispositions de la loi du 15 juillet 1889, accompliront leur service militaire :

« ... Ils seront répartis et incorporés dans les mêmes corps de troupe d'infanterie que les recrues de leur subdivision de région.

Quel que soit le nombre de leurs inscriptions, ils seront, pendant les six premiers de leur présence au corps, exclu-

sivement soumis aux obligations du service imposé aux hommes de leur classe.

A partir du deuxième semestre, ils suivront les cours et exercices spéciaux aux infirmiers et brancardiers régimentaires et des conférences sur le service de santé en campagne. Cette instruction leur sera donnée, en dehors des exercices militaires, par les médecins des régiments, sous la direction des médecins-majors, suivant un programme approuvé par le chef de corps. On profitera spécialement, à cet effet, des heures réservées aux séances d'exercices corporels.

Pendant les manœuvres en pays de montagnes, un certain nombre d'étudiants en médecine, pris parmi ceux qui posséderont le plus grand nombre d'inscriptions et auront fait preuve de connaissances nécessaires, seront attachés aux bataillons alpins; ils y rempliront les fonctions de médecin auxiliaire et jouiront des avantages actuellement concédés aux engagées conditionnels, médecins affectés à ces bataillons.

Tous les cours et exercices professionnels spéciaux donneront lieu, de la part des médecins-majors de régiments, à des notes qui seront remises par eux aux chefs de corps, et dont il sera tenu compte pour le renvoi de ces étudiants ou pour leur maintien sous les drapeaux, conformément à la loi et aux règles tracées par la circulaire ministérielle du 28 mai 1890.

Un rapport sur l'instruction spéciale des étudiants en médecine et en pharmacie sera adressé par le médecin chef de service dans les corps de troupe au directeur du service du corps d'armée.

Pendant la période de quatre semaines qui précédera leur passage dans la réserve, ces jeunes gens suivront, dans les hôpitaux militaires désignés par les commandants des corps d'armée, des cours et exercices professionnels en conformité de programmes arrêtés par les généraux sur la proposition des directeurs du service de santé. A cet effet, les étudiants qui, leur année de service accomplie, auront été versés dans une section d'infirmiers appartenant à un corps d'armée ne possédant pas d'hôpital militaire seront, après avoir rejoint le dépôt de section, dirigés sur les hôpitaux militaires d'un corps d'armée voisin, savoir :

Ceux de la deuxième section sur l'hôpital de Lille;

Ceux de la troisième section sur l'hôpital du Gros-Caillou;

Ceux de la quatrième section sur l'hôpital de Saint-Martin;

Ceux de la neuvième section sur l'hôpital de Versailles;

Ceux de la onzième section sur l'hôpital de Rennes;

Ceux de la douzième section sur l'hôpital de La Rochelle;

Ceux de la treizième section sur les hôpitaux de Lyon;

En cas de mobilisation, ceux des étudiants qui auront subi avec succès l'examen de médecin auxiliaire seront employés comme tels: tous les autres feront le service incombant aux infirmiers militaires. »

Il nous paraît singulier d'obliger des médecins, qui doivent toujours rester médecins, à apprendre pendant si longtemps des exercices qui ne leur serviront à rien sur les champs de bataille, mais les décrets ministériels, comme ceux de la Providence, sont parfois insondables.

Les écoles de médecine de province. — Le mardi 28 octobre, a eu lieu à Paris, sous la présidence de M. Ledru, directeur de l'École de médecine de Clermont-Ferrand, une réunion des délégués de toutes les Écoles de médecine, sauf celle de Rennes.

Après une assez longue discussion, l'assemblée a voté les résolutions suivantes :

La réunion de toutes les Écoles de médecine de province, considérant que l'existence et la prospérité de ces Écoles sont indispensables au progrès de l'enseignement et à l'intérêt des populations; reprenant et complétant les conclusions déjà prises par la réunion des directeurs le 21 mai 1883, réclame :

1° Le rétablissement des examens de fin d'année pour tous les étudiants;

2° Le rejet après la 16e inscription de tous les examens probatoires;

3° L'absolue équivalence de la totalité des inscriptions (médecine et pharmacie) établie entre les Écoles de médecine et les Facultés;

4° Le maintien des examens probatoires tels qu'ils se passent actuellement dans les Écoles, mais avec un jury mixte;

5° La représentation des Écoles au conseil supérieur de l'instruction publique et au conseil des Facultés.

La question des officiers de santé ou des licenciés en médecine a été posée devant l'assemblée, mais elle a été ajournée à une séance ultérieure.

Pour défendre les intérêts des Écoles, il a été nommé un bureau permanent composé de MM. Ledru et Blatin (de Clermont-Ferrand), Lenglet (de Reims), Chrétien (de Poitiers). La présidence de ce bureau a été décernée à M. Ledru.

Congrès français de chirurgie. — Le comité permanent du congrès français de chirurgie a mis à l'ordre du jour de la quatrième session les questions suivantes :

1° Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée).

2° Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes.

3° Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique.

Le congrès s'ouvrira à Paris sous la présidence de M. le professeur Guyon, en avril 1891 (semaine de Pâques).

Les questions médicales devant les tribunaux. — A la rentrée des cours et tribunaux, qui a eu lieu dernièrement, quelques-uns des discours d'usage ont été consacrés à des questions médicales; nous citerons, entre autres, les suivants : Du refus des médecins d'obtempérer aux réquisitions judiciaires (Nîmes). — De l'incapacité pour les médecins et pharmaciens de recevoir les dispositions testamentaires de leurs malades (Bourges). — La criminalité en France (Grenoble). — La protection de l'enfance par le législateur (Douai).

Le conseil général des sociétés médicales d'arrondissement de la Seine se réunira le lundi soir 10 novembre, à 8 heures et demie, à la mairie du IVe arrondissement, place Baudoyer.

Ordre du jour : 1° examen des projets de loi sur l'exercice de la pharmacie; 2° de la patente; 3° questions diverses.

Le buste du professeur Damaschino. — La souscription pour l'exécution d'un buste au regretté professeur Damaschino sera close le 1er décembre.

Les cotisations sont reçues chez les secrétaires du Comité,

MM. les docteurs Letulle, 124, boulevard Saint-Germain et Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune.

M. Fouroux. — La *Gazette des hôpitaux* de Toulouse prétend que M. Fouroux, maire de Toulon, est un de nos confrères. La *Gazette* nous paraît mal informée.

Un faux docteur en médecine. — Après avoir été successivement marchand de tickets pendant l'Exposition, commissionnaire à l'Hôtel des Ventes et camelot, Didier crut avoir trouvé sa voie en se faisant garçon de salle au bal Bullier. Là il fit connaissance avec de jeunes étudiants qui voulurent bien, en échange de petits services d'argent qu'il leur rendit, lui parler médecine de temps à autres. Didier raffollait de ces conversations. En quelques mois il sut acquérir un bagage d'expressions médicales qui lui valut une certaine réputation parmi ses confrères, les garçons de Bullier.

Un matin, il s'improvisa docteur en médecine sous le nom de de Nancy et prit en même temps le titre de professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Paris. Il orna sa boutonnière d'une étrange décoration noire, verte et violette, encore inconnue des gouvernements les plus orientaux et les plus à court d'argent. Les clients affluèrent bientôt à son cabinet.

A chaque malade, quelle que fût l'affection dont celui-ci était atteint, il remettait une ordonnance, uniformément ainsi conçue :

Cabinet
du
DOCTEUR DE NANCY

—

Consultations :
Le matin, de 9 à 11 h.
Le soir, de 5 h. à 7 h.

1° Pilules de podophylle
à 0 05 cent.
25 pillules ;
2° Julep gommeux..... 60 gr.
Teinture d'eucalyptus... 3 gr.
Eau distillée..... 180 gr.
3° Glycérine..... 30 gr.

Signé : Dr H. DE NANCY.

Didier, au bout de quelques mois d'exercice de la profession de médecin, eut l'audace de se présenter, sous le nom de docteur de Nancy, à la clinique du docteur Wœlker. Il fit connaissance avec celui-ci, qui l'invita à sa table

Dans le monde, le docteur de Nancy était très apprécié. Parfois cependant la trop grande uniformité de ses ordonnances donnait à réfléchir à certains clients.

Aussi, l'un d'eux écrivit-il une longue lettre au docteur Wœlker pour lui demander des renseignements sur le docteur de Nancy.

Voici un passage de la lettre de ce client mondain :

« .. Ce monsieur (le docteur de Nancy) paraît à la hauteur de sa tâche. C'est un charmant homme avec lequel je serai heureux de continuer des relations amicales. Il se dit attaché à votre clinique comme médecin et il serait professeur d'anathomie pathologique à la Faculté de médecine : Est-ce vrai ? »

Le docteur Wœlker songea alors à prendre des renseignements sur son commensal — qui lui avait emprunté cinq francs. Il finit par se convaincre que celui-ci était un chevalier d'industrie fort distingué.

Sur ces entrefaites, le faux docteur commettait des escroqueries et une soustraction à la préfecture de police qui motivaient son arrestation.

Didier a comparu lundi devant la huitième chambre de police correctionnelle, présidée par M. Jules Moleux, sous les inculpations d'escroquerie et d'exercice illégal de la médecine.

Le prévenu, qui est âgé de vingt-six ans, a eu à l'audience une attitude fort correcte. Il a reconnu l'exactitude des faits qui lui étaient imputés et a promis qu'à l'expiration de sa peine il s'engagerait dans une compagnie de discipline.

Didier a été condamné à treize mois d'emprisonnement.

Nécrologie. — Le Dr NUSSBAUM, professeur à la Faculté de médecine de Munich, vient de mourir à l'âge de 61 ans. Depuis 1852, Nussbaum était chirurgien du principal hôpital de Munich. Pendant la guerre de 1870, il était médecin en chef du premier corps d'armée bavarois. Parmi ses principaux ouvrages, nous citerons : *Cornea artificialis*; un traité sur la résection des nerfs de la face; un traité du cancer; une pathologie et thérapeutique des ankyloses ; un ouvrage sur l'ovariotomie Depuis 1867, il était conseiller privé du roi de Bavière. — Le Dr VERNE, de Marseille, décédé le 24 octobre à l'âge de 85 ans. — Le Dr ECKERT, de Corcieux (Vosges), reçu en 1865. — Le Dr LEROY, de Villiers-le Bel (Seine et-Oise), reçu en 1859, chevalier de la Légion d'honneur, médecin en chef de la maison d'Ecouen, décédé le 25 octobre.

Naissance. — Mlle Jeanne Guillemette OEttinger, fille de notre confrère le Dr W. OEttinger.

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du 26 oct. au 1er nov.* 1890 — Fièvre typhoïde, 22. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, Croup, 25. — Choléra 0. — Phtisie pulmonaire, 170. — Autres tuberculoses, 25 — Tumeurs cancéreuses et autres, 47.

Méningite, 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 46. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 39.

Bronchite aiguë et chroniqne, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 81.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 32.

Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 1.

Débilité congénitale, 28. — Sénilité, 35. — Suicides et autre morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 159. — Cause inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine, 872. — Résultat de la semaine précédente : 914.

DYSPEPSIES.— *Vin de Chassaing.*— Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées Cézard, ne *constipent pas*

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles, Voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.